UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 — N° 184

De la valeur des signes cutanés dans le début des septicémies

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 18 octobre 1954

PAR

Claude OLIVIER-CASTAGNET

Diplômé d'Etudes Biologiques appliquées à l'Education Physique et aux Sports

Né le 9 août 1924, à BORDEAUX (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

JOULIA, professeur .....

LENG-LÉVY, agrégé ..... *Juges.*

LAVIGNOLLE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

1954

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 — N° 184

De la valeur des signes cutanés dans le début des septicémies

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 18 octobre 1954

PAR

Claude OLIVIER-CASTAGNET

Diplômé d'Etudes Biologiques appliquées à l'Education Physique et aux Sports

Né le 9 août 1924, à BORDEAUX (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur ..... *Président*

JOULIA, professeur ..... *Juges.*

LENG-LÉVY, agrégé ..... *Juges.*

LAVIGNOLLE, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, L. CHELLE.
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : R. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, CHARRIER, DUBREUIL, DUPERIE, CHELLE, CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX. BROUSTET.	Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Clinique chirurgicale	PAPIN. MASSE.	Médecine expérimentale	SARIC.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Clin. chir. infantile et orthop.	POUYANNE.
Anat. path. et microscopie clin.	DE GRAILLY.	Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN.
Anatomie	DUFOUR.	Chimie biologique et médicale.	TAYEAU
Anatomie générale et histologie	MAYER.	Physique médicale et pharmac.	PIFFAULT.
Hygiène et tuberculose	PIECHAUD.	Méd. col. et Cl. des mal. exot.	BONNIN.
Méd. légale et méd. du travail.	DERVILLEE.	Clin. des mal. cutan. et syph.	JOULIA.
Electorad. et clin. d'élect. méd.	REBOUL.	Clin. des mal. des voies urin.	DARGET.
Chimie	MESNARD.	Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Matière médicale	GOLSE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Pharmacie	VITTE.	Toxicologie et hygiène appliq.	CASTAGNOU.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
		Thérapeutique	TRAISSAC.
		Hydrologie thérap. et Climatol.	DUBARRY.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

BLANQUET (Physique pharmaceutique).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.		MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pathologie expérimentale	FAURE.
Bactériologie	MOUSTARDIER	Pharmacie (1re Section)	R GOLSE.
Anatomie	RIGAUD.	Pharmacie (2e Section)	MARSQUELIER.
Anatomie pathologique	LEGER.	Pharmacie (2e Section)	QUILICHINI.
Biochimie médicale	NEUZIL.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN LENG-LEVY. MORETTI. LAVIGNOLLE.	Obstétrique	CHASTRUSSE. FAUGERE.
		Ophtalmologie	BESSIERE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie.	LE COULANT.
		Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Chirurgie générale	LAUMONIER. CHAVANNAZ. VILLAR. TINGAUD. DEPAULIS.	Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE.
		Electro-radiologie	LACHAPELE.
		Odonto-stomatologie	BENOIT.
		Urologie	LANGE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Cryptogamie	LAUBIE.
Accouchements	CHASTRUSSE.	Organographie et physiol. végét.	TEMPERE.
Puériculture	VERGER.	Pathologie chirurgicale	VILLAR.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Anatomie	CABANIE.	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.
Chimie minérale	BABIN.	Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Obstétricie sociale	MAHON.	*Physiologie*	BENELLI.

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis.

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Docteur André SERRES

Ancien Interne des Hôpitaux,
Chef de Clinique médicale.

Dont les suggestions ont contribué à faciliter ma tâche.

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur agrégé LAVIGNOLLE

Médecin des Hôpitaux.

Dont nous avons toujours apprécié la bienveillance.

Monsieur le Professeur agrégé LENG-LEVY

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Ordre de la Libération,
King's Medal for courage in the cause of Freedom,
Officier d'Académie.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa réalisation en nous prodiguant ses précieux conseils.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur P. JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques,
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction Publique.

Que nous remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de siéger dans notre jury.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

De la valeur des signes cutanés dans le début des septicémies

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Au cours de l'évolution de la plupart des septicémies, apparaissent des manifestations cutanées. Cela tient au fait que les germes banaux qui sont le plus souvent rencontrés (le staphylocoque en particulier) ont une affinité marquée pour la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans de nombreux cas, ces manifestations cutanées prennent dans le tableau clinique général des septicémies, une importance de tout premier plan et peuvent contribuer dans une certaine mesure à affirmer un diagnostic de septicémie sur le simple examen clinique.

Ces signes cutanés ayant une certaine valeur, il est intéressant de rechercher :

1° Si à l'aspect morphologique de ces lésions on peut reconnaître la nature du germe responsable;

2° Si, dans certains cas, ces signes cutanés apparaissent avec une rapidité suffisante pour permettre un

diagnostic précoce de la maladie, du seul point de vue clinique.

Nous étudierons successivement les manifestations cutanées les plus fréquemment rencontrées dans les différentes septicémies, et nous verrons que certaines d'entre elles sont suffisamment caractéristiques pour permettre de présumer de la nature du germe en cause d'après leur aspect clinique.

Nous verrons ensuite que, dans certains cas, surtout si on les recherche attentivement, ces lésions cutanées se manifestent dans un délai très court, permettant de faire un diagnostic clinique précoce de septicémie avant même d'avoir pratiqué une hémoculture.

Nous fournirons à l'appui de notre affirmation des exemples qui sont extraits de publications antérieures et nous présenterons quatre observations récentes qui sont le point de départ de notre thèse et qui viendront encore contribuer à démontrer la valeur des signes cutanés au cours des septicémies.

CHAPITRE II

SIGNES CUTANES AU COURS DES DIFFERENTES VARIETES DE SEPTICEMIES

Certaines des lésions cutanées qui se manifestent au cours de l'évolution des différentes septicémies sont suffisamment caractéristiques pour que, leur seul aspect, lorsque les signes généraux ont déjà orienté vers la notion d'une septicémie, permette de présumer avec le maximum de certitude de la nature du germe responsable. Il existe souvent, en effet, une relation entre la variété du germe en cause et la nature des accidents cutanés qui apparaissent. Nous allons considérer successivement les diverses septicémies avec les signes cutanés qui les accompagnent le plus habituellement.

I. - Septicémies à staphylocoques

Les staphylococcémies ont tendance à provoquer, pendant leur évolution, la formation de foyers métastatiques cutanés et sous-cutanés, dont l'allure clinique caractéristique permet souvent d'affirmer la nature staphylococcique de l'infection générale en cause.

Les staphylococcémies peuvent compliquer éventuellement une manifestation cutanée staphylococcique : celle-ci en est alors le point de départ, par exemple :

— impétigo type Bockhardt, anthrax, surtout furoncles, folliculite, pemphigus ou eczéma infectés.

— staphylococcie maligne de la face qui n'est autre qu'une « cellulite septique diffuse » (Lemierre et Terrasse).

Les lésions cutanées varient même selon la forme de la septicémie.

En effet, à côté des staphylococcies malignes de la face, manifestations d'allure suraiguë, d'évolution rapidement septicémique, il existe des staphylococcémies aiguës, subaiguës et chroniques, d'allure plutôt septico-pyohémique.

A. - FORMES AIGUES

Dans ces formes aiguës, il faut considérer deux groupes : la forme avec manifestations cutanées prépondérantes, et la forme endocarditique.

a) Forme avec manifestations cutanées prépondérantes.

Dans cette forme pyohémique aiguë, l'évolution de l'infection est tellement rapide que, à part les manifestations cutanées métastatiques qu'on peut voir, la pyohémie ne s'extériorise par aucun symptôme viscéral.

Cette forme est l'une des plus caractéristiques; elle comporte les signes généraux des septicémies et des manifestations cutanées que l'on peut classer en quatre groupes :

1° *Lésions polymorphes :* érythème polymorphe (Lesieur et Durand, Descos et Gallet, Achard); éruptions pustuleuses et bulleuses assez fréquentes (Jaccoud, Hutinel), éruptions maculeuses rappelant le pemphigus (Weil et Dufourt); parfois, éruption maculeuse coexistant avec des éléments ortiés sur le reste du corps et des taches purpuriques, des phlyctènes séro-hématiques aux extrémités, comme dans une observation de Lesieur et Durand; des éruptions à type de dermite eczématiforme suintante, accompagnées de lésions ortiées et de pustulettes, d'éry-

thème scarlatiniforme ont été rapportées par Gate, Cuilleret et Friedel.

Stevens, Mackenzie ont mentionné des éruptions scarlatiniformes. Des éruptions pemphigoïdes, des gangrènes cutanées, ont également été signalées.

2° *Lésions à type d'érysipélatoïde erratique* (Troisier, Bariéty et Brocard, Weiss et Payen). Les placards érysipélatoïdes sont des éléments dermiques dus à la dissémination embolique de l'agent de la septicémie. Ce sont des lésions en plaques larges, rouges, chaudes, douloureuses, surélevées, plus ou moins infiltrées dans la profondeur, apparaissant de façon inopinée, successive, erratique, sur différentes parties du corps, d'évolution spontanément favorable en général.

3° *Forme érysipélatoïde,* bien décrite dans la thèse de Giroire.

Vers le cinquième jour de la maladie, apparaît un placard lie de vin, de consistance ligneuse, sans bourrelet périphérique, avec hypothermie témoignant de la thrombose terminale des vaisseaux à ce niveau. A la surface de la plaque et à distance, existent de petites vésicules plus ou moins nombreuses, contenant, les unes un pus blanchâtre dans lequel on met en évidence du staphylocoque doré, les autres un liquide séro-sanguinolent. Certaines peuvent être entourées d'un cercle purpurique. On peut observer aussi des phlyctènes. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

4° *Eruption purpurique vésico-pustuleuse.*

Ce sont d'abord des taches purpuriques et ecchymotiques; puis, en leur centre, se forment de petites vésicules à contenu citrin puis purulent.

Chez l'enfant, on trouve quatre types de lésions cutanées qui sont plus fréquentes :

1° *Abcès multiples du tissu cellulaire sous-cutané* (Hutinel et M. Labbé). Ces abcès siègent surtout au niveau de la face, du cuir chevelu, de la région fessière et périanale.

(Chez les adultes, ces abcès sous-cutanés existent aussi, mais siègent de préférence sur la paroi thoracique et à la racine des membres.)

La fréquence des abcès sous-cutanés (superficiels et profonds) dans les staphylococcémies de l'enfant a une grande importance. Bien souvent, la septicémie n'aura pas d'autre expression clinique, et, devant des abcès à répétition chez un enfant, il faut toujours penser à une septicémie staphylococcique et pratiquer une hémoculture.

2° *Eruptions pemphigoïdes.*

3° *Lymphangite pseudo-érysipélateuse.*

4° *Gangrène infectieuse disséminée de la peau* (Hutinel et Labbé).

b) **Forme endocarditique.**

Il existe dans cette forme, une variété éruptive qui est pour certains, pathognomonique de la staphylococcémie à forme endocarditique (George et Giroire). Ce sont, en effet, les lésions cutanées qui conduisent au diagnostic, car elles ont une évolution et un aspect très particuliers.

L'éruption apparaît rapidement, presque au début de la septico-pyohémie; elle signe la malignité du processus infectieux. Les éléments éruptifs sont distribués sans ordre sur les téguments, avec nette prédominance cependant sur la face et les extrémités. Ce sont des taches lenticulaires, purpuriques ou ecchymotiques; l'épiderme paraît intact à leur niveau au début, mais se laisse facilement décoller par la pression du doigt, découvrant une surface humide, de couleur rouge vif ou rouge foncé, surtout au centre qui est en général plus coloré que les bords. A côté de ces éléments jeunes, il en est d'autres qui sont parvenus à un stade plus avancé et se présentent comme des taches ecchymotiques centrées par une petite vésicule, qui se transforme rapidement en pustule dont le contenu est une culture pure de staphylocoque doré.

La pustule peut s'ouvrir et l'élément ecchymotique se recouvre d'une croûtelle. C'est un « purpura vésico-pustuleux ». Parfois, on trouve des taches purpuriques seules (Govaerts et Bastenie). Ce sont des phénomènes cutanés d'origine embolique.

B. - FORMES SUBAIGUES

Leur évolution est lente; elle peut durer plusieurs mois. Mais, dans ces formes aussi, les manifestations cutanées peuvent être précoces; il y a souvent coexistence de suppurations du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles. Les lésions musculaires (myosite, parfois phlegmoneuse) peuvent s'observer au cours de staphylococcémies authentifiées par plusieurs hémocultures et par d'autres métastases pyohémiques (Huard; Cathala, Mégnien et Stree); plus souvent, elles évoluent pour leur propre compte, sous forme aiguë, subaiguë ou même froide, pseudo-tuberculeuse, sans que l'on trouve cliniquement ou bactériologiquement les autres manifestations des staphylococcémies.

Parmi les formes à manifestations métastatiques précoces, il faut citer la myosite suraiguë.

Les myosites à staphylocoques sont très fréquentes. On les rencontre surtout au niveau du grand pectoral, du quadriceps crural, de la masse sacro-lombaire.

Parmi les signes cutanés décrits ci-dessus, certains sont suffisamment caractéristiques, sinon pour poser le diagnostic de septicémie, du moins pour en affirmer la nature staphylococcique lorsque les autres symptômes cliniques ont déjà fait penser à une infection générale. Il y a surtout lieu de retenir comme ayant un grand intérêt, d'une part le *placard érysipélatoïde* décrit par George et Giroire, d'autre part l'*exanthème vésico-pustuleux*.

Il est bien évident que ces manifestations cutanées incitent seulement à suspecter la staphylococcémie, mais

n'en fournissent pas la preuve indiscutable; celle-ci peut être donnée seulement par le résultat de plusieurs hémocultures successives pratiquées avec le maximum de précautions, le staphylocoque étant un germe naturellement répandu à la surface de la peau.

II. - Septicémies à streptocoques

On ne saurait limiter l'étude des streptococcémies aux cas où l'hémoculture est positive. Bien souvent, la clinique met en présence d'états pathologiques où la dispersion microbienne est flagrante, du fait de métastases viscérales, et où cependant les hémocultures restent stériles. On parlera de streptococcémie dans le cas où le germe est présent dans l'hémoculture, mais aussi dans le cas où, quoique ne pouvant y être décelé, les signes témoignent de son passage dans le sang.

Les septicémies à streptocoques ont souvent un point de départ *cutané* (plaie, infection d'élément de fièvre éruptive) ou *muqueux* (angine, infection puerpérale).

Il faut considérer les septicémies à streptocoques hémolytiques et les septicémies à streptocoques non hémolytiques.

A. - Septicémies à streptocoques hémolytiques.

Au cours de ces formes, on peut voir apparaître, soit des manifestations cutanées proprement dites, soit des manifestations sous-cutanées et musculaires.

a) Manifestations cutanées :

Elles sont très fréquentes, de types divers; les plus caractéristiques sont :

1° *Des érythèmes*, en placards œdémateux, surélevés, d'aspect érysipélateux, sur lesquels ont voit des phlyctènes ou des bulles remplies de sérosité louche où l'on trouve le streptocoque. Il s'agit d'un érythème sombre, à contours polycycliques, reposant sur une base d'infiltration sous-cutanée œdémateuse.

L'importance diagnostique de ces plaques a été signalée par Lemierre et Deschamp, Aubertin et Fleury, Troisier, Boquien et Guilly, Combemale et Breton, E. Bernard et Desbucquoy.

De Gennes et Mlle Dreyfus-See, Sacquepée, Widal et Thérèse, Oreillart et Sabouraud ont publié des observations de streptococcémies avec érythème polymorphe. Creyx a signalé le pemphigus aigu au cours d'une septicémie à streptocoque. Les éruptions ou rash morbilliformes, scarlatiniformes, érysipélatoïdes, s'observent aussi; elles sont fugaces. On peut voir également des phlyctènes, des bulles remplies de sérosité.

2° *Le purpura* (pétéchies, ecchymoses) est fréquent et la tendance hémorragique de la streptococcémie est bien connue ;elle s'affirme souvent aussi par des suintements des muqueuses, surtout épistaxis (Ramond).

Les exanthèmes hémorragiques sont fréquents, jusqu'à affecter le type d'un véritable purpura fulminans (mauvais élément de pronostic), particulièrement dans la forme suraiguë. Téti a cité une observation de streptococcémie à évolution suraiguë dans laquelle l'allure clinique était celle d'un purpura fulminans.

b) Localisations sous-cutanées et musculaires :

Au cours des streptococcémies, on peut voir apparaître dans la région de la cuisse ou au cou, sur le bras et l'avant-bras, des tuméfactions inflammatoires d'allure pseudo-phlegmoneuse où la ponction montre l'existence de pus à streptocoques. Il peut exister aussi des abcès multiples du tissu cellulaire sous-cutané.

On peut voir également des abcès musculaires. Une forme particulière est représentée par la myosite suraiguë streptococcique dont une observation a été publiée par Abrami et Robert Worms. Après un début brusque avec température à 40°, on a vu surgir dans la région de l'épaule gauche, une tuméfaction se prolongeant dans le trajet du deltoïde. Cette tuméfaction douloureuse s'ac-

compagnait d'un œdème discret des téguments. L'autopsie montra la présence de sérosité dans le muscle et cette sérosité renfermait du streptocoque. Il existe quelques rares observations analogues (Lorrain, Kormoczi, Abrami, Kohn).

Au point de vue du diagnostic, aucun symptôme n'est pathognomonique de la streptococcémie ;seules, peuvent être considérées comme ayant une certaine valeur pour le diagnostic positif, les *plaques érysipélatiformes* apparaissant en divers points des téguments.

Au point de vue du pronostic, il semblerait que les formes avec arthralgies, placards érysipélatoïdes soient très sévères.

B. - **Septicémies à streptocoques non hémolytiques :**

On a vu des états infectieux graves, sans endocardite, avec métastases suppurées sous-cutanées et musculaires, renfermant du streptocoque viridans.

Dans les formes prolongées, et particulièrement dans la maladie de Jaccoud-Osler ou septicémie lente avec endothéliites cardio-vasculaires parcellaires multiples (Weissenbach), on a pu observer certaines complications cutanées nodulaires : nodosités érythémateuses survenant par poussées successives de quatre ou cinq éléments à la fois, siégeant sur les membres en général. Il s'agit d'une grosse papule d'un centimètre de diamètre, rouge, surélevée, avec une tache blanche en son centre et donnant au palper la sensation d'une nodosité intra-cutanée. Ces éléments disparaissent en trois ou quatre jours. La réunion de ces nodosités peut constituer des placards érythémateux. Leur localisation fréquente aux extrémités des doigts provoque le *pseudo-panaris* d'Osler, très douloureux, et qui se résorbe sans suppurer.

On a décrit aussi, dans la maladie de Jaccoud-Osler,

une *éruption lichénoïde* (Weissenbach, Martineau, Brisset (1).

Cliniquement, c'est une éruption papuleuse, lichénoïde, évoluant par poussées successives, sans aucun autre signe permettant de soupçonner une septicémie, presque jusqu'à la fin de l'évolution. Dans le cas cité, l'éruption constitua le signe de début et la nature de l'affection resta douteuse jusqu'à ce que l'hémoculture eût identifié le streptocoque viridans et que la biopsie eût montré des lésions analogues à celles du panaris d'Osler. Cette éruption est donc susceptible de signaler la septicémie streptococcique lente. Il s'agit là de streptococcides lichénoïdes. Le germe donne ainsi naissance, par voie sanguine, à diverses réactions cutanées allergiques, au sens strict du mot donné par Von Pirquet : streptococcides lichénoïdes nodulaires (nodosités cutanées et panaris d'Osler) et purpuriques (hémorragies cutanées).

Parmi les diverses manifestations cutanées rencontrées au cours des septicémies à streptocoques, il faut retenir comme ayant une certaine valeur diagnostique :

— Les *plaques érysipélatoïdes*, rouge sombre, à contours polycycliques que l'on rencontre dans les septicémies à streptocoques hémolytiques;

— Les *nodosités érythémateuses* qui sont l'apanage de la forme endocarditique dont le germe responsable est un streptocoque non hémolytique.

III. - Septicémies à méningocoques.

Trois grandes formes sont à considérer : pseudo-palustre, purpurique et typhoïde.

A. - Forme pseudo-palustre :

Elle se caractérise souvent par un érythème papulonoueux constitué par des nodosités superficielles, rouges,

(1) Weissenbach, Martineau, Brisset *(Société Dermatologique, décembre 1932.)*

un peu œdémateuses. Elles apparaissent sur tout le corps, mais surtout aux coudes, aux genoux, aux avants-bras, à la face. Parfois, l'éruption est du type morbilliforme, scarlatiniforme ou même polymorphe (nodosités, macules, papules et vésicules, mêlées à quelques taches purpuriques).

L'éruption évolue par poussées au moment des accès fébriles.

B. - **Forme purpurique :**

Cette forme, la plus caractéristique, peut évoluer avec une plus ou moins grande rapidité. On peut donc la subdiviser en formes suraiguë, aiguë et subaiguë.

a) Forme foudroyante ou suraiguë :

C'est le *purpura fulminans* de Hénoch. Le début est brutal, marqué par des frissons, un malaise intense, une asthénie extrême. Quelques heures après, apparaît une éruption étendue, généralisée. Le plus souvent, ce sont, soit de petites taches ecchymotiques disséminées, soit déjà des ecchymoses larges et irrégulières. Les petites taches ecchymotiques peuvent avoir tendance à la vésiculation; dans ce cas, elles sont centrées à un moment donné de leur évolution par une minime vésicule et sont même susceptibles de se transformer en pustulettes (Netter et Salanier). La température est très élevée, le pouls très rapide et filiforme. La mort survient en deux ou trois jours au plus.

Il existe un syndrome particulier, le syndrome de Waterhouse-Friedrichsen qui est l'association d'un syndrome clinique de purpura fulminans, relevant presque toujours d'une méningococcémie et d'hémorragies surrénales bilatérales (Cl. Albahary).

b) Forme aiguë ou subaiguë :

Brusquement apparaissent des frissons, des malaises, suivis de nausées ou de vomissements; la température

s'élève. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption apparaît : ce sont surtout de petites taches violacées (pétéchies), quelquefois des ecchymoses, plus ou moins nombreuses, discrètes tout d'abord, et disséminées sur le tronc, l'abdomen, la face interne des cuisses, surtout au voisinage des articulations.

Dans les atteintes sévères, les pétéchies peuvent devenir confluentes et donner même lieu à des hémorragies sous-cutanées plus ou moins étendues, surtout chez l'enfant.

C. - **Forme typhoïde :**

Cette forme peut s'accompagner d'érythème polymorphe, d'érythème en cocarde, d'érythème noueux.

Il y a aussi apparition de petites taches purpuriques, mais elle est plus tardive.

Fréquemment, on rencontre de l'herpès, localisé ou diffus, ou disposé en bandes radiculaires.

Des formes décrites, c'est surtout la forme purpurique qui est caractéristique de la septicémie à méningocoques, et plus spécialement le *purpura fulminans* de Hénoch.

IV. - Septicémies à pneumocoques

Les manifestations cutanées des pneumococcémies peuvent revêtir tous les aspects des érythèmes infectieux. Cependant, ces septicémies sont souvent à l'origine d'éruptions purpuriques (Nobecourt). L'*herpès* est aussi très fréquemment rencontré au cours de l'évolution des infections pneumococciques.

V. - Septicémies à gonocoques

Au cours des gonococcémies, les phénomènes cutanés peuvent être variés : *herpès*, érythème polymorphe, érythèmes de types divers, éruptions urticariennes, bulleuses, parfois pétéchies, voire ecchymoses.

On a signalé des éruptions papuleuses hémorragiques (Lortat-Jacob et Solente) (1).

Une lésion intéressante et spéciale est la *kératose blennoragique* qui coïncide souvent, au cours d'une gonococcémie sévère, avec la polyarthrite progressive, constituant le syndrome de Vidal-Jacquet, assez rare.

Ces lésions de kératose sont souvent symétriques (Brocq) ; sur le tronc et les membres, ce sont des taches dures, jaunes, cornées, ressemblant à des gouttes de cire; aux extrémités, sur la face dorsale des doigts et des orteils, les lésions se présentent avec l'aspect de saillies dures, jaune brunâtre, coniques, et terminées par plusieurs pointes mousses. Au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, ce sont des plaques cornées plus ou moins étendues.

VI. - **Septicémies à colibacilles**

Dans la forme septico-pyohémique, l'herpès labial est fréquent. Dans les formes graves, il faut surtout rechercher le purpura.

VII. - **Septicémies à entérocoques**

La forme pseudo-rhumatismale s'accompagne fréquemment de purpura rhumatoïde.

Au cours de la forme éruptive, peuvent se manifester des éruptions diverses :

— Erythème noueux souvent (Tricoire, Sacquépée et Loiseleur) ;

— Erythème polymorphe avec herpès, placards urticariens.

VIII. - **Septicémies à bacilles de Friedländer**

Dans la forme septicémique pure, après la période d'invasion, apparaissent des hémorragies cutanées (ecchymoses, pétéchies, parfois taches rosées).

(1) Lortat-Jacob et Solente (*Société Dermatologique, mai 1923.*)

Exceptionnellement, on a signalé, au cours de certaines de ces septicémies, de grands placards ortiés avec phlyctènes purulentes (Cain et Meyer) ainsi que des bulles de pemphigus (Ribadeau-Dumas et Chabrun).

IX. - Septicémies à bacilles d'Eberth

Nous ne ferons que signaler les *taches rosées lenticulaires* qui apparaissent au cours du premier septénaire de la période d'état et qui sont le signe cutané pathognomonique de la maladie.

Dans certains cas elles sont très abondantes et constituent ce qu'on peut appeler « la forme exanthématique de la maladie » (Chalier et Sédallian). En général elles sont assez peu nombreuses et répandues surtout au niveau de l'abdomen. Ce sont de petites taches rosées, à peine surélevées, qui s'effacent à la pression.

Elles apparaissent par poussées successives, puis disparaissent en deux ou trois jours.

L'éruption s'étend sur une huitaine de jours environ.

X. - Septicémies à bacilles anaérobies

A. - Septicémies à perfringens :

Un cas d'exanthème scarlatiniforme a été rapporté par Lemierre.

B. - Septico-pyohémie à bacillus funduliformis :

Fréquemment, on rencontre des manifestations cutanées, surtout au niveau des membres inférieurs, particulièrement des vésico-pustules avec éléments purpuriques associés.

L'herpès buccal et narinaire a été signalé (Lemierre).

Nous pouvons donc conclure que les manifestations des septicémies sur le revêtement cutané sont extrêmement nombreuses et variées. Mais toutes n'ont pas la même importance. Certaines présentent un certain intérêt, tant

au point de vue pronostique qu'au point de vue diagnostique.

Parmi les signes cutanés qui ont une certaine valeur, nous retiendrons plus particulièrement :

— Le *placard érysipélatoïde*, presque uniquement rencontré dans la staphylococcémie à manifestations cutanées prépondérantes.

— L'*exanthème vésico-pustuleux* de la forme endocarditique de la staphylococcémie (George et Giroire).

— Les *nodosités érythémateuses* de la septicémie à streptocoques non hémolytiques (forme endocarditique de Jaccoud-Osler).

— Le *purpura*, particulièrement fréquent dans les méningococcémies.

Mais, ces lésions cutanées ne suffisent pas en général à elles seules; elles ne peuvent que faire supposer la nature du germe en cause que seule l'hémoculture permettra d'affirmer.

CHAPITRE III

SEPTICEMIES A MANIFESTATIONS CUTANEES PRECOCES

Nous venons de voir que l'on rencontre des manifestations cutanées dans la plupart des septicémies et que certaines ont une certaine valeur diagnostique; cette valeur peut être augmentée si l'on tient compte du fait que ces manifestations apparaissent parfois d'une façon précoce.

Nous allons considérer maintenant quelques cas de septicémies qui se sont accompagnées précocement de signes cutanés. Nous citerons d'abord des observations plus ou moins anciennes relevées dans la littérature, puis, quatre observations récentes qui sont à l'origine de notre sujet de thèse.

A. - **Observations relevées dans la littérature :**

Nous ne citerons que les plus caractéristiques en les classant d'après la nature des germes responsables.

I. - **Septicémies à staphylocoques.**

OBSERVATION N° I
(ACHARD Ch., 1923)

Il s'agit d'un homme de 37 ans, cocher-livreur, qui entre à l'hôpital couvert de taches rouges, assez larges, disséminées

sur tout le corps et presque confluentes à la face ; en même temps, il présente une angine, accompagnée d'une stomatite intense; sa température est élevée.

On est donc en présence d'une éruption cutanéo-muqueuse avec état général fébrile.

On apprend que cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a été pris brusquement de céphalée, courbature, en même temps que sa température s'élevait.

L'éruption cutanée n'était apparue que *deux jours plus tard.* On pensa d'abord à une fièvre éruptive ou à une éruption infectieuse ou toxique (médicamenteuse ou autre).

Les éléments éruptifs étaient variables selon leur âge : les plus petits comme des têtes d'épingles, d'autres comme des lentilles, la plupart de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et quelques-unes encore plus larges.

Au début, il s'agissait de macules qui se surélevaient ensuite pour donner des papules, de coloration rouge vif ou rouge foncé, avec le centre plus coloré que les bords. Aucun élément n'était purpurique car ils s'effaçaient à la pression. Sur certains, apparaissait une petite vésicule ou même une véritable bulle pemphigoïde renfermant un liquide citrin, surtout au niveau de la face. Quelques élevures plus anciennes étaient exulcérées et recouvertes d'une croûtelle.

Cette éruption était inégalement répartie à la surface du corps. Aux membres, surtout au niveau des poignets, des mains, des malléoles, des pieds, l'éruption formait par confluence, des placards d'érythème diffus, de couleur rouge vineux. Au tronc, dans le dos, sur le thorax et l'abdomen, les éléments, peu nombreux, se trouvaient isolés ou groupés par trois ou quatre. Sur les organes génitaux, l'éruption était confluente, formant un érythème diffus. Enfin, au cou et à la face, les éléments éruptifs, abondants, constituaient des placards exanthématiques recouverts par places de bulles et de croûtelles leur donnant un aspect impétigineux, surtout sur le front, les paupières et au pourtour de la bouche. Il s'agissait donc d'une septicémie.

L'hémoculture, faite à deux reprises, donna une culture pure de staphylocoques dorés.

Après l'entrée à l'hôpital, de nombreux éléments éruptifs apparurent. La mort survint le douzième jour.

Cette observation concerne donc une septicémie à staphylocoques dorés, caractérisée par l'apparition de lésions cutanées disséminées, *deux jours après le début* de l'infection générale.

Observation N° II
(Rathery, Derot et Conte, 1935.)

Un homme de 24 ans, chauffeur, entre à l'hôpital pour état infectieux grave. Il est porteur d'une insuffisance mitrale antérieure. Dix jours auparavant, il a présenté une plaie minime au niveau de la cheville et du pied droits par suite d'une chaussure trop serrée.

Quatre jours avant son entrée, il a été pris d'un malaise général intense avec asthénie, douleurs dans les membres inférieurs. A son entrée, la température est à 40°, le faciès vultueux, les yeux brillants. Sur le cinquième orteil du pied droit, on voit une petite plaque cutanée, mal limitée, rouge violacé, avec une phlyctène. A la partie antérieure de la plante du pied et le long de son bord externe, on trouve de petits éléments ecchymotiques bien limités, durs au palper, douloureux à la pression.

Au niveau du cœur, on entend un souffle systolique de la pointe et un petit roulement diastolique.

On pense aussitôt à la possibilité d'une septicémie ayant déterminé une endocardite végétante et des embolies septiques multiples.

Une hémoculture et un ensemencement du liquide des phlyctènes du pied mettent en évidence un staphylocoque doré.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, sur la face antérieure de la dernière phalange du cinquième doigt de la main droite, apparaît une petite plaque ecchymotique, rouge violacé entourée de petits éléments noirâtres, disséminés également sur les autres doigts, bien limités, gros comme une tête d'épingle. Vingt-quatre heures plus tard, les éléments prennent un aspect sphacélique; la plaque du cinquième doigt

s'étend à la face palmaire de la main et au pouce. C'est bientôt une escarre de trois à quatre centimètres, allant jusqu'au bord externe de la main, entourée d'œdème rougeâtre et de petites macules noirâtres disséminées. De nombreuses plaques analogues apparaissent sur la moitié antérieure de la plante du pied droit. Ces plaques, d'abord dures, se soulèvent au centre en une petite phlyctène, remplie de liquide roussâtre.

Au pied gauche, apparaissent des éléments analogues sur la face plantaire des cinquième et troisième orteils. Le lendemain, les éléments se multiplient et confluent. Au pied droit, le sphacèle cutané couvre la moitié antérieure de la plante et les derniers orteils, laissant s'écouler un liquide sanieux, hémorragique. De nouveaux éléments éruptifs, punctiformes apparaissent à l'avant-pied. Au pied gauche, une large plaque violacée recouvre les derniers orteils. A la partie moyenne de la face externe de la jambe droite et sur la cuisse droite, on rencontre quelques petits éléments rougeâtres, indurés, enchâssés dans le derme, mal limités, n'ayant pas l'aspect sphacélique des éléments précédents.

Tous ces éléments cutanés apparaissent très rapidement, d'abord sous forme d'une petite papule, rouge violacé, puis d'une plaque ecchymotique, noirâtre et sphacélique. Cette plaque se couvre d'une vésicule d'où sort un pus rougeâtre.

La mort survient six jours après l'entrée à l'hôpital, soit dix jours après le début de la maladie.

En résumé, on s'est trouvé en présence d'une septicémie aiguë staphylococcique (évolution en dix jours), avec embolies septiques multiples, en particulier embolies cutanées réalisant un aspect de *gangrène cutanée diffuse des extrémités.* Ces lésions apparurent *dès le quatrième jour,* très nombreuses, à diffusion rapide, avec prédominance aux extrémités.

C'est leur apparition qui fit envisager aux auteurs le diagnostic de septicémie aiguë à staphylocoques. La porte d'entrée fut une plaie minime.

Observation N° III
(Masius et Béco, 1897.)

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui fut victime d'une septicémie à staphylocoques débutant brusquement le 26 novembre. Le 1er décembre, apparition d'herpès labial. Le lendemain, 2 décembre, les membres inférieurs et l'abdomen se recouvrent de petites papulo-pustules, dont le centre est ombiliqué.

La mort survient dans la nuit du 8 au 9 décembre. A l'autopsie, les muscles droits antérieurs de l'abdomen sont parsemés d'abcès de volume variable, depuis les dimensions submiliaires jusqu'à celles d'un petit pois. On trouve aussi des abcès dans les muscles pectoraux.

Dans cette observation, les manifestations cutanées ont fait leur apparition *cinq à six jours après le début* de l'affection.

Observation N° IV
(Mlle Auvert, thèse Bordeaux 1931-1932.)

Il s'agit d'une fillette de 5 ans et demi qui entre à l'Hôpital des Enfants le 23 novembre 1929.

Le 19 novembre, elle a présenté un petit bouton sur le bord de la lèvre inférieure, du côté gauche. Il commence à s'étendre à partir du 21, et, le 23, la moitié gauche de la lèvre inférieure est augmentée de volume, très œdématiée, de couleur violacée; à son niveau existent quelques petites pustules.

Il s'agit d'un placard de cellulite érysipélatoïde dont les caractères sont les suivants :

— Coloration lie de vin,
— Absence de bourrelet périphérique,
— Hypothermie à son niveau,
— Maximum douloureux au centre.

La mort survient le 27 novembre.

Dans ce cas d'infection septicémique aiguë à staphylocoques, les manifestations cutanées ont apparu *au bout de quatre jours.*

Observation N° V

(Donzelot, Bardini, Sénécal et L. Durupt, 1945.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans qui présente un furoncle au niveau de la commissure labiale gauche le 30 septembre.

Au bout de quarante-huit heures, sa température s'élève à 40°, et en même temps, elle se plaint de frissons, d'asthénie marquée, d'arthralgies et de myalgies multiples; des traînées érythémateuses irradient de l'escarre.

Le 3 octobre, la tuméfaction est tendue, rosée et couverte d'un semis de points de folliculite.

L'hémoculture, positive, révèle du staphylocoque doré.

Le traitement par la pénicilline aboutit à la guérison.

Cette observation est donc un exemple de staphylococcémie à manifestations cutanées très précoces (*quarante-huit heures après le début*). Le point de départ était également une lésion cutanée.

Observation N° VI

(extraite de la thèse de Giroire, Paris 1926.)

Six jours après le début d'une infection septicémique, un homme de 28 ans présente une éruption disséminée sur la face, le tronc et les membres, particulièrement nette au niveau de la face antérieure des poignets, avec trois sortes d'éléments :

— Taches purpuriques à type pétéchial,

— Taches ecchymotiques,

— Taches rappelant les précédentes avec à leur centre des vésicules miliaires contenant un liquide purulent. L'hémoculture met en évidence un staphylocoque doré. La mort survint le jour même où apparut l'éruption.

Observation N° VII

(extraite de la thèse de Giroire, Paris 1926.)

Une infection générale débute le 24 octobre chez un jeune homme de 18 ans.

Le 28 octobre, soit *quatre jours plus tard,* apparaissent quelques taches purpuriques sur l'abdomen; la face et la région dorsale des pieds se couvrent de taches ecchymotiques dont plusieurs présentent en leur centre une vésicule remplie de liquide louche.

L'hémoculture est positive pour le staphylocoque doré. Le malade meurt le 30 octobre.

Observation N° VIII
(extraite de la thèse de Giroire, Paris 1926.)

Le 16 avril, une femme de 34 ans, ressent un mal de gorge. Le lendemain, sa température atteint 40° et elle éprouve des douleurs au niveau de la face antérieure des deux bras.. L'examen montre une rougeur très nette sur la face antérieure des deux avant-bras et une éruption vésico-pustuleuse sur les cuisses, les jambes et l'abdomen.

Vingt-quatre heures plus tard, des abcès musculaires apparaissent au niveau des biceps.

La mort survient le 21 avril.

On peut considérer que dans ce cas, l'apparition des manifestations cutanées à coïncidé avec le *début de la septicémie.*

Observation N° IX
(extraite de la thèse de Giroire, Paris 1926.)

Une femme de 26 ans présente un bouton sur la lèvre inférieure qu'elle dilacère avec une aiguille.

Au quatrième jour, apparaît un placard érysipélatoïde, violet sombre, caractéristique. La malade meurt dix jours plus tard (quatorze jours après le début de l'affection).

Observation N° X
(Patel et Moiroud, 1938.)

Un homme se fait une piqûre à la main. Deux jours après, il éprouve de grands frissons tandis que sa température s'élève.

Au bout de cinq jours, il entre à l'hôpital dans un état septicémique avec cellulite diffuse de l'avant-bras et du poignet.

L'hémoculture décèle le staphylocoque.

*
* *

Nous pourrions citer encore de nombreux exemples. C'est ainsi que Rathery et Rudolf citent une observation de staphylococcémie à type érysipélatoïde avec apparition de signes cutanés (*abcès*) au bout de huit jours. La mort survint dix-huit jours plus tard.

Weil et Azoulay signalent une staphylococcémie aiguë au cours de laquelle un *purpura vésico-pustuleux* se manifesta au quinzième jour. L'évolution se fit vers la mort en sept jours à partir de ce moment.

Troisier, Bariéty et Brocard rapportent deux observations de staphylococcémie à forme érysipélatoïde avec apparition du placard caractéristique, dans un cas au bout de trois jours et dans l'autre au bout de six jours.

Ravault, Girard et Viallier mentionnent un cas de septicémie à staphylocoques blancs dont le point de départ fut un anthrax de l'épaule gauche; les manifestations cutanées se révèlèrent dès le cinquième jour et la mort survint le jour même.

Tous ces exemples nous montrent que non seulement les manifestations cutanées sont très fréquentes au cours des staphylococcémies, mais encore que, souvent, elles apparaissent d'une façon précoce. Lorsque ces lésions sont suffisamment caractéristiques, elles peuvent donc contribuer dans une certaine mesure à établir le diagnostic clinique et étiologique de l'infection générale supposée. Pour Giroire, lorsque l'on soupçonne une septicémie, « les signes cutanés doivent être recherchés systématiquement parce que eux seuls permettent de préciser cliniquement le diagnostic étiologique, voire même la loca-

lisation anatomique prépondérante dont ils sont la conséquence ». Nous pouvons remarquer que dans toutes les observations un peu anciennes citées ci-dessus, l'évolution s'est terminée par la mort survenue dans de nombreux cas très rapidement après l'apparition des manifestations cutanées; on peut donc penser que celles-ci auraient peut-être aussi une certaine valeur pronostique. Seuls les cas plus récents traités par la pénicilline aboutirent à la guérison.

II. - **Septicémies à streptocoques.**

Observation N° I
(Bernard et Desbucquoy, 1930.)

Une femme de 47 ans entre à l'hôpital *au quatrième jour* d'un état infectieux aigu, caractérisé par une température à 40°, une sensation de fatigue intense et des douleurs au niveau des membres inférieurs. L'affection débuta brusquement par des frissons violents, de la courbature générale et une ascension thermique.

L'examen pratiqué à l'entrée montre un faciès vultueux, une langue sèche; la malade présente un peu de tuphos; sa température est à 40°.

Au niveau de la jambe droite, sous la tubérosité antérieure, on voit un petit placard rouge, vernissé, brûlant sous le doigt. Au toucher, il ressemble à un placard d'érythème noueux.

Sur la face externe de la jambe gauche, existe un placard plutôt érythémateux, marbré de traînées plus rouges, avec un peu d'œdème sus-malléolaire. On ne trouve pas la moindre érosion cutanée.

L'hémoculture donne un streptocoque hémolytique.

Le lendemain, l'extension se produit; à droite, le placard rappelle l'aspect de l'érysipèle : il est rouge violacé, la peau est épaissie, la palpation douloureuse. Cependant, il n'y a pas de bourrelet net, pas d'adénopathie.

Deux jours après, l'état s'aggrave; les placards s'étendent

encore; un peu de sérosité prélevée au niveau de l'un d'eux est ensemencée et donne du streptocoque hémolytique. Puis, l'état devient encore plus grave, la langue est sèche, la température à 41°.

La mort survient en quatre jours, c'est-à-dire, huit jours après les premiers symptômes.

Il s'agissait donc d'une septicémie aiguë, d'origine indéterminée. Les lésions cutanées sont apparues *quatre jours* après les signes d'infection générale (frissons, courbature, ascension thermique à 40°, état général très atteint).

Pour ces lésions cutanées, aucune porte d'entrée locale n'a pu être décelée. Et les auteurs concluent : « Il faut donc envisager ces placards noueux et érysipélatoïdes comme des manifestations septicémiques. »

Observation N° II
(Troisier, Boquien et Guilly, 1930.)

Cette observation concerne une femme de 32 ans, ménagère, atteinte de cirrhose.

Pendant trois semaines, elle présente une température à 38°, accompagnée d'une leucocytose à 24.000. Puis, brusquement, après apparition d'une pharyngite légère, évolue une septicémie hyperthermique mortelle. Elle commence à se manifester par une arthrite du poignet droit. Puis, à la face externe de la partie supérieure de la cuisse droite, apparaît un placard érysipélatoïde, surélevé, sans bourrelet, ayant l'aspect d'un érythème sombre, diffus, sur une base d'infiltration sous-cutanée œdémateuse, avec des contour. irréguliers, en carte de géographie. Ce placard est très douloureux à la pression. Une ponction retire du streptocoque. Il n'existe pas d'adénopathie. Ce placard double de surface en vingt-quatre heures. Le lendemain, l'hémoculture est positive pour le streptocoque.

La malade meurt deux jours après l'apparition du placard. Les auteurs signalent la prolifération considérable du streptocoque dans ces placards, alors que dans l'érysipèle de la face, plus bénin, les germes sont beaucoup moins nombreux et souvent même, difficiles à mettre en évidence. Ils consta-

tent que le pronostic général est beaucoup plus sombre dans ces placards érysipélatoïdes que dans l'érysipèle vrai. Ils pensent que l'origine hématogène des lésions cutanées est certaine.

Dans le cas cité, on ne trouve pas de point de départ de la septicémie; il s'agit probablement d'une infection cryptique du rhino-pharynx.

Observation N° III
Combemale et Breton, 1930.)

Il s'agit d'une femme âgée de 65 ans qui entre à l'hôpital *au quatrième jour* d'un état infectieux avec amygdalite bilatérale importante, tuphos, céphalée frontale, température à 39°5, pouls à 130 et courbature générale.

Au niveau de l'angle externe de l'œil gauche existe un placard rouge violacé, vernissé et lisse, se laissant difficilement déprimer, sans bourrelet périphérique, sans adénopathie de voisinage, ressemblant à un érysipèle atypique de la face. Le lendemain, apparaît un placard légèrement surélevé, le long de la face interne du bras gauche. En trois jours, ce placard gagne l'épaule et la partie antérieure du plastron costal.

Deux jours après l'entrée, débute une phlébite de l'axillaire gauche avec cordon induré dans le creux de l'aisselle et œdème de tout le membre supérieur gauche. L'état général est très mauvais.

L'hémoculture met en évidence un streptocoque hémolytique. Deux jours plus tard, apparaît un autre placard érysipélatoïde au niveau du bras droit. La température est à 39°8. Trois jours après, un nouveau placard érysipélatoïde se forme au niveau de la jambe gauche; en quarante-huit heures, il couvre toute la face externe de la cuisse et de la région fessière gauches.

Le traitement consiste en injections répétées pendant quatre jours de 4 cc. de sang de convalescent de scarlatine. Les placards disparaissent en cinq jours, mais des abcès se forment aux points d'inoculation. Ils guérissent après incision. La phlébite axillaire évolue également vers la guérison.

Les signes cutanés sont donc apparus en quatre jours.

Observations N° IV
(Caussade, Médioni et Coupeau, 1931.)

A la suite d'une angine, une femme de 27 ans fait une septicémie mortelle en six jours.

Au quatrième jour, la périphérie des articulations du genou droit et des coudes devient très douloureuse, et, en deux jours, celle du genou droit, après avoir donné l'apparence de vastes phlegmons, devient livide et se couvre de phlyctènes qui sont aussitôt purulentes.

L'hémoculture, positive dès le second jour, permit d'identifier un streptocoque hémolytique.

Observation N° V
(de Gennes et Mlle Dreyfus-See, 1929.)

Une femme de 36 ans entre à l'hôpital avec un syndrome douloureux abdominal, s'accompagnant de vomissements et de température et survenu brusquement, au décours d'une angine banale qui évoluait depuis dix jours environ.

Dès le lendemain, les phénomènes abdominaux régressent, mais une éruption apparaît, faite de taches rouges, légèrement surélevées, confluentes en nappes autour des genoux; il existe une tache érythémateuse sur la joue droite.

La malade se plaint de douleurs articulaires au niveau du coude droit et des deux genoux.

Trois jours après l'entrée, l'éruption est constituée par deux ordres d'éléments distincts :

1° Autour des genoux et du coude droit : éléments légèrement papuleux, surélevés, rouge vif, blanchissant à la pression du doigt, qui est douloureuse; ces lésions ont l'aspect typique de l'érythème noueux.

2° Sur la face, au niveau des joues, sous le lobule de l'oreille gauche et dans la région cervico-dorsale : taches érythémateuses, planes, très légèrement papuleuses à la périphérie. Ces taches sont circulaires, de la dimension d'une pièce d'un franc sur la face, confluentes en arrière, formant une vaste nappe cervico-dorsale de 7 à 8 cm. de diamètre, à bords circinés, rouge vif, à centre plus pâle.

Les éléments de la face ont un aspect d'érythème circiné; la nappe cervicale, entourée d'un bourrelet surélevé et douloureux, prend un aspect érysipélatoïde. L'hémoculture, pratiquée trois jours après l'entrée, donne un streptocoque non hémolytique.

Puis, la température retombe à 38°6, le pouls à 110. La régression commence; les éléments circinés pâlissent; le placard dorsal desquame; la disparition des nouures des membres est un peu plus lente.

La convalescence débute vingt jours après l'entrée; il reste quelques traces jaunâtres des éléments éruptifs des membres.

Dans ce cas, les manifestations cutanées furent extrêmement précoces.

On peut considérer avec les auteurs qu'il s'est agi d'une bactériémie et non d'une septicémie durable; pour l'affirmer, on peut s'appuyer sur l'absence de gravité de l'affection, le fait que des hémocultures ultérieures furent négatives, la rapidité et la bénignité de l'évolution.

Le point de départ de l'infection fut vraisemblablement pharyngé.

Observation N° VI
(Lemierre, 1935.)

Un jeune manœuvre de 22 ans se fait une piqûre à l'index de la main gauche le 12 janvier 1934.

Le lendemain, la plaie s'enflamme et devient douloureuse. Le bras gauche est le siège de douleurs intenses. La température s'élève à 40° et y demeure. Des vomissements surviennent. Un érythème généralisé apparaît. Le 15 janvier, la température est à 40°3, le malade est délirant, agité, confus. Un érythème scarlatiniforme très foncé occupe toute l'étendue des téguments.

Le 16, l'hémoculture donne un streptocoque hémolytique. Le pouls est à 116; le foie et la rate sont augmentés de volume.

La guérison ne survint que le 30 mai, après une longue évolution caractérisée par des localisations secondaires multiples (en particulier : arthralgies, otite, néphrite, parotidite).

Nous sommes donc en présence d'un cas dans lequel

l'éruption cutanée (dans le cas particulier un *érythème scarlatiniforme*) fit son apparition dès le lendemain du début clinique de la septicémie.

Observation N° VII
(Abrami et Worms, 1930.)

Un maçon italien, de 30 ans, ressent brusquement, sans aucun antécédent pathologique, une douleur au niveau de l'épaule gauche et une sensation de malaise intense, tandis que sa température s'élève à 40°5.

Trois jours plus tard, il présente les signes d'une infection générale grave et une tuméfaction douloureuse siègeant dans la paroi antérieure de l'aisselle gauche.

Deux jours plus tard, apparaît brusquement un placard inflammatoire, rouge, chaud, très douloureux, à limites indécises et sans bourrelet, à la face interne du bras droit, un peu au-dessus de la région sus-épitrochléenne.

L'hémoculture met en évidence du streptocoque. Le malade meurt cinq jours après le début.

Il s'agissait donc d'une myosite streptococcique suraiguë du grand pectoral.

Comme porte d'entrée possible de l'infection, on peut retenir la présence de lésions d'eczéma infecté au niveau des mains.

Les auteurs concluent : « l'allure clinique et l'évolution de la myosite streptococcémique suraiguë sont si typiques que, lorsque au cours d'un état septicémique grave qui n'a pas encore fait sa preuve, on constate l'existence d'une localisation musculaire, il faut penser avant tout à la streptococcémie ».

Observation N° VIII
(recueillie personnellement

par M. le Professeur Leng-Lévy, 1935.)

Une femme de 40 ans entre le 19 février 1935 à la salle 6 de l'Hôpital Saint-André. Le début de l'affection paraît remonter au dimanche 10 février.

Jusque là, très bien portante, sans raison apparente susceptible d'être retenue, ce jour, dans l'après-midi, elle ressent un violent point de côté au niveau de son hémithorax droit, point de côté accompagné de frissons violents et répétés.

Ce point de côté est intense; son siège est à la base droite, il semble s'irradier en demi-ceinture jusqu'au niveau de la région de l'hypocondre droit. Il détermine une gêne à la respiration, rendant celle-ci superficielle et accélérée.

Dans la soirée, il s'intensifie au point que la malade se met au lit; sa température axillaire est alors de 39°. La nuit est agitée, le point de côté est toujours très douloureux; rien ne peut en diminuer l'intensité.

Le lendemain matin, la température s'est élevée à 40°. La malade très fatiguée, tousse un peu, d'une toux sèche, quinteuse, non suivie d'expectoration, mais surtout, ce qui attire l'attention, c'est l'apparition d'une céphalée vive, généralisée à toute la tête, profonde, véritable encéphalgie résistante à la thérapeutique ordinaire. Elle s'accompagne durant la journée d'un état nauséeux, puis de vomissements aqueux abondants. Cette céphalée détermine un léger obscurcissement des sens, mais cependant, la malade était capable de parler, et aux dires de son mari, décrivait très nettement tous les troubles qu'elle présentait.

Dans les jours qui suivirent, le tableau s'est complété par la persistance de la fièvre, qui se maintint en plateau à 40°, avec des frissons, de la céphalée qui demeura très pénible, et de fréquents vomissements allant jusqu'à un état d'intolérance gastrique.

Quant au point de côté, en cinq jours, il s'estompa pour ne plus réapparaître.

En résumé, une histoire très simple. Une femme de 40 ans ayant jusque-là joui d'une santé excellente, présente un point de côté hémithoracique droit, brutal, cependant que s'installe un syndrome infectieux grave caractérisé par de la céphalée, des vomissements, de la fièvre et des frissons.

L'interrogatoire apprend que ses règles ont toujours été régulières et qu'en particulier elle n'a pas présenté d'angine.

Examen : Ce qui frappe dès le premier contact avec la malade, c'est son aspect et son teint.

Couchée dans son lit, elle paraît très fatiguée, abattue, mais présente;elle répond très bien aux questions qui lui sont posées et n'est pas délirante. Elle paraît gênée pour parler, sa langue est embarrassée par les fuliginosités et l'enduit saburral qui la recouvrent.

Les membres supérieurs, en particulier les mains, sont agités par des mouvements de faible amplitude qui semblent être une carphologie légère.

Le teint est très spécial. Sous son teint mat, ses téguments ont une couleur plombée. Le visage est d'aspect cireux, les muqueuses un peu décolorées et les lévres cyanosées.

A son entrée, la température était de 39° axillaire; le pouls battait à 120 à la minute, bien frappé, régulier, non dicrote.

L'examen systématique des différents appareils a donné les résultats suivants :

Appareil digestif : langue épaisse, couverte de crôutelles noirâtres, d'aspect sanieux. Haleine franchement fétide. Saignotement gingival.

La luette, les piliers du voile, les amygdales sont couverts par un enduit de muguet. Une fois celui-ci détergé, on aperçoit à l'union du voile et de la voûte palatine deux petites ulcérations stellaires assez profondes, et entourées d'un piqueté hémorragique. Amygdales, voile du palais sont hyperémiés ainsi que la paroi postérieure du pharynx qui saigne au moindre attouchement.

Pas de ganglions angulo-maxillaires, carotidiens et sous-maxillaires.

La soif est vive et s'accompagne d'une impression de brûlure constante dans la bouche.

L'abdomen est tendu, météorisé; la palpation des fosses iliaques est indolente. Quelques gros gargouillements à droite.

Les selles sont d'aspect normal et de consistance habituelle. Les évacuations intestinales sont quotidiennes et spontanées.

Le foie est dans ses limites normales. Quant à la rate, on ne peut en apprécier le volume, percussion et palpation se trouvant gênées du fait du météorisme.

Appareil pulmonaire : La malade tousse légèrement (toux

posturale); elle ne crache pas. Elle est polypnéique à 38 respirations à la minute.

En arrière, l'examen de la base droite révèle matité, obscurité respiratoire, abolition des vibrations vocales. Pas de souffle. Pas de signe du sou. La ponction exploratrice ramène facilement quelques seringues de liquide citrin, séro-fibrineux, dont la réaction de Rivalta est fortement positive. L'examen cyto-bactériologique a été pratiqué et a donné les résultats suivants :

— Forte réaction cellulaire :

Cellules endothéliales	45 %
Polynucléaires	12 %
Lymphocytes	43 %

Quelques cellules macrophages. Quelques hématies. Au Zielh et au Gram, absence de flore microbienne. La culture du liquide pleural est demeurée stérile. Au niveau de la base gauche, quelques signes de congestion hypostatique.

Appareil cardio-vasculaire : Il ne présente rien de particulier à signaler.

L'auscultation révèle des bruits du cœur assourdis, avec tendance à l'égalisation.

Pouls : régulier et bien frappé les premiers jours, il a été en s'affaiblissant progressivement comme la tension artérielle qui a donné les chiffres suivants :

19 février 1935 : Mx 15 - Mn 8.
20 février 1935 : Mx 14 - Mn 7.
21 février 1935 : Mx 12 - Mn 7.
22 février 1935 : Mx 11 - Mn 5
23 février 1935 : Mx 10 - Mn 5.
25 février 1935 : Mx 8 - Mn 5.

Ces chiffres tensionnels n'ont pu être remontés malgré l'intensité de la thérapeutique cardio-angiotonique.

Appareil génito-urinaire : Diurèse : 600 gr. par vingt-quatre heures, les premiers jours. Les jours suivants, incontinence d'urine, d'où impossibilité d'apprécier la diurèse.

Chimiquement : Albumine, 0 g. 50 ‰; glucose : traces.

Cytologie : Cellules épithéliales : après cathétérisme aseptique, l'examen direct et la culture des urines ont montré la présence de colibacilles.

Urée sanguine : 0,43 %.

Toucher vaginal : Utérus et annexes apparemment sains.

Système nerveux : Rien à signaler.

Peau : Absence de taches rosées, mais présence sur la face antéro-externe de la cuisse droite et sur l'abdomen, de placards érythémateux d'aspect maculo-papuleux, aux contours cycliques rappelant des éléments en cocarde d'érythème polymorphe.

Epreuves complémentaires : Hémoculture pratiquée le 19 février au soir, soit donc neuf jours après le début de la maladie.

20 centimètres cubes de sang sont ensemencés dans 300 centimètres cubes de bouillon. Trois jours après, l'hémoculture pousse, donnant un streptocoque en longues chaînettes de nombreux éléments du type « streptocoque hémolytique ».

Deux autres hémocultures ont été pratiquées :

— Une en anaérobiose sur assiette de Boëz (résultaf négatif) ;

— Une sur bile glucosée – a donné deux jours après une culture abondante de streptocoque.

Séro-diagnostic T.A.B. Positif pour le T. à 1/50, 1/100, 1/200; négatif pour A. et B.

Répétés deux autres fois, ils ont donné les mêmes réponses :

Sang : Hémoglobine : 85 %.

— Hématies : 4.300.000.

— Leucocytes : 5.200.

— Valeur globulaire : 0,98.

Formule sanguine :

— Poly neutro : 80 %.

— Poly éosino : 1 %.

— Lymphocytes : 14 %.

— Monocytes : 5 %.

Cuti-réaction à la tuberculine brute de l'Institut Pasteur : négative.

Bordet-Wassermann
Meinicke
Kahn
} dans le sang : réactions négatives.

Evolution : Malgré le traitement mis en œuvre, la malade est morte huit jours après son entrée à l'hôpital, dans un

syndrome d'hyperthermie avec des signes de collapsus cardio-vasculaire, conservant jusqu'à ses derniers moments une pleine lucidité.

Le traitement appliqué a été le suivant :

— Injections de septicémine : quatre ampoules *pro die*.

— Abcès de fixation : tenté à trois reprises différentes, il est resté sans résultat.

— Le sérum antistreptococcique de VINCENT a été injecté dès que les résultats de l'hémoculture ont été connus, à la dose totale, par les différentes voies sous-cutanée et intra-musculaire, de 430 centimètres cubes.

L'injection intra-veineuse de sérum glucosé isotonique a été suivie d'un choc grave à la suite duquel la courbe de la température a semblé amorcer une chute.

La thérapeutique cardio-angiotonique a été poursuivie, mais n'a pu empêcher les phénomènes de collapsus.

Protocole nécropsique (nécropsie pratiquée quatre heures après la mort).

Intestin : Hyperémie du segment terminal de l'iléon, au niveau duquel on voit des plaques de Peyer assez volumineuses, mais dont aucune ne présente d'ulcérations. Quelques plaques sur le cæco-ascendant.

Les ganglions mésentériques sont très augmentés de volume.

Au niveau du thorax, on trouve un épanchement pleural peu abondant (500 gr. environ) du côté droit. Les deux poumons, au niveau de leurs bases, sont congestionnés; le cœur est flasque et de couleur « feuille morte ». Le foie est d'aspect normal. La rate est augmentée de volume et pèse 400 gr. Les reins sont un peu rouges. Ils se décortiquent facilement. Leur poids est normal.

Un des ganglions mésentériques a été ponctionné après cautérisation ignée de sa surface. Le suc a été ensemencé sur gélose et sur bile. La culture du suc ganglionnaire a donné du bacille d'Eberth et du streptocoque.

En résumé, nous nous sommes trouvés en présence d'un cas d'infection mixte. D'une part, deux hémocultures pratiquées à deux jours d'intervalle ont mis en évidence le streptocoque hémolytique; d'autre part, le séro-diagnostic fut

positif au 1/200 pour le bacille d'Eberth. Il s'agissait donc d'une affection que l'on pouvait qualifier de « strepto-typhoïde ».

Les lésions cutanées à type d'*érythème maculo-papuleux*, à contours polycycliques, sont imputables au streptocoque.

Dans une observation de Ch. Aubertin et J. Fleury, un homme de 20 ans présenta une éruption cutanée constituée par des placards d'aspect érysipélatoïde, situés sur les avants-bras, neuf jours après le début d'une septicémie due au streptocoque hémolytique. La mort survint quatre jours après le début de l'éruption.

Nous venons de voir encore que les manifestations cutanées, fréquentes dans les streptococcémies, peuvent apparaître précocement et par suite contribuer au diagnostic clinique et étiologique des septicémies.

III. - **Septicémies à pneumocoques.**

Observation N° I
(de Gennes, Boulin et Thomas, 1929.)

Un jeune homme de 18 ans, répétiteur de collège, est soigné pour une néphrite chronique, albuminurique et œdémateuse.

Brusquement, sa température passe de 37° à 40°, et il se trouve dans un état de prostration avec agitation et délire.

L'auscultation décèle un foyer pulmonaire discret à la base droite. L'hémoculture met en évidence du pneumocoque. Brusquement, le lendemain, apparaît un érythème de type érysipélateux, dont la périphérie, cernée d'un bourrelet, s'étend rapidement sur l'abdomen et la racine des cuisses. L'état général est médiocre, le délire incessant, la température se maintient à 40°.

Onze jours plus tard, apparaissent de petits abcès du volume d'un œuf de pigeon, à la face externe de la jambe droite, puis de la jambe gauche, peu douloureux. La ponction retire un pus verdâtre, riche en pneumocoques. L'état général s'améliore, puis évolue vers la guérison (en deux mois environ).

Nous avons donc eu affaire à une septicémie pneumococcique développée chez un malade atteint de néphrite chronique et traduite cliniquement, d'abord par un *érythème diffus;* ensuite, d'autres localisations (réaction péritonéale, abcès, pyélonéphrite) ont semblé constituer les points de fixation de l'infection sanguine. L'éruption cutanée s'est manifestée *deux jours après* le début clinique de la septicémie.

OBSERVATION N° II
(GRENET, 1947.)

Un enfant, âgé de 6 ans, après plusieurs poussées de néphrose lipoïdique, est emporté par une septicémie pneumococcique avec péritonite.

Au bout de quatorze jours d'un état infectieux avec vomissements, diarrhée, douleurs du ventre, une plaque érythémateuse accompagnée de quelques vésicules apparaît au-dessous des fausses côtes gauches; le lendemain, une nouvelle plaque se développe au-dessus de l'ombilic.

Les jours suivants, les placards érythémateux s'étendent; ils sont limités à leur périphérie par un liseré plus foncé. L'hémoculture met en évidence un pneumocoque du type II. La mort survient huit jours après le début de l'apparition des plaques cutanées.

IV. - **Septicémies à bacilles de Pfeiffer.**

OBSERVATION
(LEMIERRE, 1937.)

Brusquement, le 22 octobre, une femme de 49 ans présente des frissons violents et répétés et éprouve une sensation de malaise qui l'oblige à se coucher. En outre, elle ressent une gêne à la déglutition.

Dans la nuit du 23, elle est prise d'étouffements, avec sensation d'obstruction laryngée très angoissante. Elle est transportée à l'hôpital.

Le 24, l'examen permet de découvrir un *placard érysipélatoïde* au niveau du cou, s'étendant sur le sein droit. Ce même

jour, l'hémoculture décèle du bacille de Pfeiffer. Après passage successif par arthrite des deux épaules, de la sterno-claviculaire droite, du coude droit, foyers bilatéraux de congestion pulmonaire, anémie, dépression nerveuse accentuée, amaigrissement progressif, la guérison survient le 22 décembre.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'un cas de septicémie à bacilles de Pfeiffer, caractérisé par une apparition très précoce (*deux jours après le début clinique*) des manifestations cutanées.

V. - Septicémies à bacilles anaérobies.

Observation N° I
(Lemierre, 1937.)

Une femme de 26 ans fait un avortement dans l'après-midi du 22 janvier 1935.

Quelques heures après (à 22 heures), se déclare une septicémie suraiguë, caractérisée par des frissons violents, des vomissements sanglants, une élévation de la température à 40°2, une accélération du pouls à 116 et l'apparition d'un *exanthème scarlatiniforme* assez foncé, sur toute l'étendue des téguments.

L'hémoculture pratiquée le 22 au soir, en milieu anaérobie, met en évidence le *bacillus perfringens*. La mort survient le 23 janvier, à 9 heures du matin, moins de douze heures après le début de l'état septicémique.

Ce cas est particulièrement intéressant, car, bien que l'évolution ait été extrêmement rapide, les lésions cutanées ont tout de même eu le temps d'apparaître et se sont manifestées *dès le début* de l'infection générale.

Observation N° II
(Lemierre, 1935.)

Une angine débute le 24 octobre 1933 chez une jeune fille de 24 ans. On pense à la diphtérie.

La température, tombée à 37°2 en quarante-huit heures,

remonte immédiatement et prend dès lors une allure oscillante et irrégulière (à partir du 26).

Au bout de cinq jours, le 31 octobre, la température atteint 40°4, et en même temps, apparaît une éruption confluente d'*herpès* autour de l'orifice buccal et des narines.

L'hémoculture en milieu anaérobie, effectuée le 6 novembre, met en présence du *bacillus funduliformis.*

La mort survient dans la nuit du 1er au 2 décembre.

Ce cas de septicémie à bacille anaérobie s'est donc caractérisé par l'apparition relativement précoce de signes cutanés (cinq jours après le début de l'affection).

B. - **Observations récentes.**

Nous allons relater maintenant quatre observations récentes de septicémies qui se sont accompagnées de manifestations cutanées d'une façon précoce.

Observation N° I

(Cette observation nous a été confiée

par le Service de M. le Professeur Creyx.)

« M. B..., charpentier, âgé de 43 ans, originaire de Cadaujac, entre dans le Service le 7 juillet 1953, sur les conseils du Docteur Lampert.

On relève dans les antécédents : d'une part, un éthylisme très marqué; d'autre part, l'existence de plaies cutanées récentes au niveau des mains

L'affection a débuté brusquement le 1er juillet 1953, par de violents frissons, des sueurs profuses, un malaise général avec courbatures, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée. La température est à 39°. Le Docteur Lampert, appelé le lendemain, prescrit un traitement par la pénicilline à la dose de 1.000.000 U.O. par jour. Mais l'état du malade, loin de s'améliorer, s'aggrave.

Le troisième jour, l'hyperthermie persiste à 39°, 39°5, accompagnée de frissons et de sueurs. L'état général s'altère rapidement, le malade est asthénique, prostré. On voit apparaître au niveau des membres inférieurs *des placards érythé-*

mateux et œdémateux, surélevés, infiltrés, d'aspect érysipélatoïde. Des phlyctènes remplies de sérosité louche en parsèment la surface. C'est alors que le Docteur Lampert ordonne l'hospitalisation.

A son entrée, M. B... se présente comme un grand infecté. Incapable de répondre aux questions qu'on lui pose, il est plongé dans un état d'obnubilation complète avec carphologie, adynamie, soubresauts tendineux.

Le faciès, bien que parsemé de varicosités, est pâle, grisâtre, les conjonctives sont sub-ictériques, la langue est rôtie. Les lèvres sont sèches, fuligineuses, la peau brûlante est inondée de sueur. On note une légère polypnée (20 respirations à la minute). La température est à 39°, le pouls à 110, la diurèse réduite à quelques centimètres cubes d'urines hautes en couleur. D'emblée, l'examen est orienté vers les manifestations cutanées. En effet, le moindre attouchement, le frottement des draps sur la peau arrache des plaintes au malade malgré son état de prostration.

A ces zones d'hyperesthésie correspond un *érythème érysipélateux* en placards rouge violacé, luisants, parsemés d'un piqueté ecchymotique et de pustules. L'éruption a envahi les membres inférieurs, l'abdomen, le dos; la limite des placards est irrégulière, marquée d'un bourrelet peu saillant.

La palpation prudente de ces plaques d'allure inflammatoire révèle une sensibilité extrême, une augmentation de la chaleur locale, une infiltration dure. Au niveau des mains, on relève de nombreuses séquelles de plaies récentes.

L'examen complet du malade permet de constater : une notable accélération du pouls (110), des bruits du cœur mous avec souffle systolique de pointe. La tension artérielle est à 13/9, indice 1 (Pachon).

Il existe un foyer congestif à la base droite du thorax.

Sur l'abdomen météorisé se dessine une circulation collatérale. Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. Il est indolore. La rate n'est pas perceptible. Les réflexes tendineux se montrent vifs.

Examens complémentaires le 8 *juillet* 1953 : Urines : albumine 0,35, urobiline + +.

Sang : Urée 0,65, BW négatif, hémoculture en milieu aérobie et anaérobie : négative.

Numération-formule : hématies, 3.540.000; leucocytes, 37.500; polynucléaires neutrophiles, 87 %; polynucléaires 37.500; polynucléaires neutrophiles, 83 %; polynucléaires cytes, 4 %; lymphocytes, 13 %.

Prélèvement de pus de pustule : leucocytes nombreux et altérés. Pas de germes.

Crachats : nombreuses cellules épithéliales. Rares polynucléaires. Flore banale. Pas de B.K.

Traitement : Pénicilline, 10.000.000 U.O. par jour en quatre injections. Facteurs lipotropes *per os* sous forme de Méthionine-Inositol-Choline; extrait hépatique 100, vitamine C 500 mg, complexe vitaminique B : deux ampoules de chaque par jour, intramusculaires. Pansements humides alcoolisés sur les placards.

Evolution : La température persiste pendant trois jours à 39°, puis tombe à 37° au septième jour. Parallèlement, on assiste à la disparition de tous les signes cliniques : l'état général s'améliore, la prostration est remplacée par une sensation de bien-être. Une crise polyurique (avec urines claires) se produit.

Les placards cutanés s'estompent pour disparaître complètement vers le dixième jour. Le traitement est poursuivi jusqu'au 30 juillet, la dose de pénicilline étant diminuée progressivement à partir du 20 juillet.

A cette date : urines normales; sang : urée 0,40.

Numération-formule : Hématies, 3.500.000; leucocytes, 8.000; polynucléaires neutrophiles, 70 %; polynucléaires éosinophiles, 0 %; polynucléaires basophiles, 0 %; monocytes, 10 %; lymphocytes, 20 %. Vitesse de sédimentation : 5 mm. en une heure.

M. B... sort complètement guéri du Service, le 17 août 1953 ».

En résumé, il s'agit d'un homme de 43 ans qui a présenté un état septicémique dont la porte d'entrée paraît devoir se situer au niveau des plaies cutanées siégeant sur les mains. Il semble que le germe responsable soit

le streptocoque bien que l'hémoculture n'ait pas permis de l'identifier. Le mode de début de l'affection, son évolution sans localisations secondaires et l'aspect des manifestations cutanées plaident en faveur de cette étiologie.

Dans cette observation, les lésions cutanées ont pris une grande importance, en raison, d'une part, de leur extension rapide et d'autre part de leur apparition précoce (*dès le troisième jour*).

Il semble que la gravité du pronostic que l'on attribue souvent à ces lésions cutanées se soit effacée en grande partie devant l'action de la pénicilline à haute dose.

OBSERVATION N° II
(Cette observation est due à l'obligeance
de M. le Docteur J. DAVID-CHAUSSÉ.)

M. M..., âgé de 59 ans, entre dans le Service le 28 juillet 1954.

Depuis trois jours, il se plaint de céphalée, courbature, et douleurs articulaires, surtout au niveau des genoux. Sa transpiration est abondante.

Dans les jours qui précèdent son entrée à l'hôpital, le malade a présenté une angine à laquelle il n'a accordé que peu d'importance.

Dans ses antécédents, on relève un ictère qui remonte à une vingtaine d'années, et une éruption qui semble avoir été de type purpurique et qui s'est manifestée à deux reprises il y a une dizaine d'années.

A l'examen du malade, pratiqué le jour de son entrée, l'attention est aussitôt attirée par une *éruption purpurique* à la fois pétéchiale et ecchymotique, disséminée sur toute la surface du corps. Tous les éléments ont une coloration lie de vin en leur centre, alors qu'ils sont d'un rouge vif à la périphérie; ils ne sont pas douloureux à la pression.

La langue est saburrale, le foie et la rate sont de dimensions normales.

La température se maintient au voisinage de 38°.

Le malade se plaint toujours de céphalée et de douleurs

au niveau des genoux et du rachis. Il présente des sueurs nocturnes. On met en évidence les signes de KERNIG et de BRUDZINSKI. La ponction lombaire permet d'obtenir un liquide hypertendu et puriforme.

On fait pratiquer une hémoculture.

Le malade est alors traité, à la fois par la pénicilline en injections intra-musculaires et intra-rachidiennes, et par la soluseptazine par voie intra-rachidienne.

Deux jours plus tard, le 30 juillet, le malade souffre moins de la tête; sa température n'est plus qu'à 37°2.

Les taches purpuriques commencent à régresser; le liquide céphalo-rachidien s'est éclairci.

Cependant, le malade meurt dans la soirée, au cours d'une crise épileptiforme.

Le résultat de l'hémoculture obtenu par la suite se montra positif pour le méningocoque.

En résumé, on s'est trouvé en présence d'une méningite aiguë à méningocoques qui a évolué rapidement vers un état septicémique, lequel s'est manifesté sous sa forme purpurique suraiguë. L'éruption est apparue *dès le troisième jour.*

La porte d'entrée de l'infection générale fut vraisemblablement pharyngée.

OBSERVATION N° III

(Cette observation nous a été confiée par le Service de M. le Professeur CREYX.)

Il s'agit de Mme Z... Angèle, 38 ans, cultivatrice à Saint-Vincent-sur-l'Isle (Dordogne).

Cette malade est adressée au Professeur LENG-LÉVY par le Docteur DEPREZ, de Périgueux. Elle entre dans le Service le 18 novembre 1953.

Antécédents :

1° *Personnels :* Maladies de l'enfance : oreillons, rougeole. Premières règles à 15 ans. Mariée à 18 ans 1/2; trois enfants vivants âgés de 19, 12 et 6 ans. En 1950, petite hydronéphrose droite. Pas de traitement.

2° *Héréditaires :* Père décédé à 58 ans à la suite d'une pleurésie; mère vivante en bonne santé.

Histoire de la maladie :

Le 25 août 1953, alors qu'elle est enceinte de deux mois et demi, la malade fait un avortement à la suite d'une injection d'eau savonneuse.

Aussitôt s'installe une température à allure oscillante. La malade entre alors en clinique, et deux jours plus tard (le 27 août), on pratique un curetage que l'on fait suivre d'un traitement par les antibiotiques.

Malgré cela, survient une douleur généralisée dans tout le membre inférieur gauche, avec talalgie intense; il n'y a ni rougeur, ni gonflement du membre, mais des *placards à type inflammatoire, pseudo-phlegmonneux*, extrêmement douloureux, apparaissant sur les deux membres inférieurs et particulièrement à la face interne des cuisses. Le diagnostic de périphlébite d'abord évoqué est abandonné au profit de celui de phlegmons cutanés.

Le 6 septembre, sa température remonte et en même temps apparaissent sur la face externe de la cuisse gauche, sur le sein gauche, et au bras droit des tuméfactions très dures, très douloureuses, rouges, chaudes, du volume d'un œuf de poule. La malade est alors traitée par l'auréomycine en dragées, puis en suppositoires, car elle présente une intolérance digestive aux dragées. La température retombe à la normale dès le 10 septembre, et le 12, la malade se lève.

Deux jours plus tard, apparaît une tuméfaction à la face interne de la cuisse gauche, identique aux précédentes, mais la température ne remonte pas.

On porte alors le diagnostic d'*abcès multiples*, et, la malade refusant de les faire inciser, on fait un traitement à la pénicilline-retard pendant trois jours, sans aucun résultat. La jambe gauche devient alors le siège d'un œdème généralisé qui disparaît en vingt-quatre heures.

Une hémoculture que le Docteur Deprez fait pratiquer révèle du staphylocoque.

Le 26 septembre, au cours d'un nouvel examen médical, le diagnostic de paraphlébite est de nouveau évoqué et on institue un traitement par le Tromexane. A ce moment apparaît une masse douloureuse dans l'hypochondre et le flanc droits; la douleur, à type d'élancements, est assez

intense; elle présente des irradiations descendantes, empêche le sommeil et est soulagée par la miction.

La tuméfaction de la cuisse gauche disparaît au bout de trois jours de traitement. Mais des douleurs surviennent au niveau de la jambe droite, et des phénomènes de cystite s'installent.

Le 6 octobre, la malade entre à l'Hôpital de Périgueux. Elle souffre toujours au niveau du flanc droit et de la jambe droite.

A ce moment, la malade, qui avait perdu du poids, reprend de l'appétit. La température se maintient autour de 37°4. Elle transpire abondamment mais on ne trouve rien au point de vue pulmonaire. Ses règles font leur réapparition.

Brusquement, la malade ressent des douleurs lombaires et articulaires, ses mains gonflent; elle présente quelques épistaxis.

La patiente est alors successivement traitée par la terramycine, la tifomycine et la cortisone. Mais, devant l'absence d'amélioration, on l'envoie à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, où elle entre le 18 novembre 1953.

Examen :

L'aspect général est bon, cependant, on note un certain amaigrissement. Les appareils digestif, respiratoire, cardio-vasculaire et nerveux ne montrent rien de particulier. Le toucher vaginal décèle un utérus en rétroversion avec des culs-de-sac libres.

L'abdomen montre : *A l'inspection,* une circulation veineuse collatérale discrète; le ventre est souple et respire normalement. *A la palpation,* dans l'hypochondre et le flanc droits, on met en évidence une masse dure, très douloureuse à la pression, s'étendant du rebord costal à la crête iliaque, *A la percussion,* on trouve une matité correspondant à la masse qui occupe le flanc droit. Cette masse fait corps avec la paroi abdominale : il est impossible de la mobiliser. Aucune manifestation de phlogose locale n'est cependant à retenir.

Le diagnostic de septicémie à staphylocoque post-abortive est posé. Les diverses manifestations cutanées et sous-cutanées présentées par la malade ainsi que la masse abdo-

minale actuelle sont interprétées comme des localisations sous-cutanées staphylococciques.

Le 28 novembre 1953, la malade est transéatée dans le service de M. le Professeur Dufour. On demande une radiographie du rebord costal droit.

Examens complémentaires :

Radiographie le 23 novembre 1953 (Dr Delorme).

Pas d'image d'ostéite visible sur les segments squelettiques radiographiés. Poumons : pas d'image de staphylococcie pulmonaire. Il faut signaler cependant une petite ombre homogène du premier espace intercostal droit, d'allure peu évolutive.

Le 1er décembre 1953, le foie paraît de dimensions normales, le rein droit est bien visible. Il n'existe pas d'image de masse sur le cliché, mais il faut signaler une hyperclarté en projection latéro-vertébrale droite, en regard de la onzième côte. Il pourrait s'agir d'une bulle d'air intra-bulbaire.

Examens de laboratoire :

Le 19 novembre 1953 : Urée : 0,30; albumine : traces; Vernes-résorcine : 45. Vitesse de sédimentation : 70 mm. (à la première heure). Temps de saignement : 2' 15".

Numération-formule :

— GR : 4.140.000.
— GB : 6.000
— Poly-neutro : 46 %.
— Monocytes : 16 %.
— Lymphocytes : 38 %.

Le 5 décembre 1953 :

— HB : 70 %.
— GR : 3.580.000.
— GB : 6.800.
— Poly-neutro : 66 %.
— Poly-éosino : 1 %.
— Poly-baso : 1 %.
— Monocytes : 10 %.
— Lymphocytes : 22 %.

Examen anatomo-pathologique de la masse du flanc droit (Dr Léger) :

« Lésion inflammatoire cicatricielle. »

Ponction exploratrice négative le 3 décembre 1953.

Intervention le 7 décembre 1953 par M. le Professeur Dufour :

Incision au niveau de l'hypochondre droit sur la masse qu'on palpe; on tombe sur un tissu lardacé assez épais (3 à 4 cm.) qui n'intéresse pas le tissu cellulaire sous-cutané et occupe surtout l'épaisseur de la couche musculaire. On incise progressivement jusqu'à la partie profonde sous-péritonéale, au niveau de laquelle les fibres du transverse paraissent intactes. De multiples ponctions dans toutes les directions ne permettent de donner issue à aucune collection suppurée. Fermeture partielle de la paroi. On laisse une mèche. On fait de la pénicilline et de la streptomycine *in situ*.

En quelques jours, on assiste à la résorption de cette zone inflammatoire et la malade sort définitivement guérie du Service le 31 décembre 1953.

En résumé, il s'est agi d'une septicémie *post-abortum,* très probablement due au staphylocoque, et qui s'est caractérisée *dès le deuxième jour* par l'apparition de manifestations cutanées qui ont pris une grande ampleur dans le tableau clinique de la maladie.

Observation N° IV

(Cette observation est due à l'obligeance

de M. le Professeur Leng-Lévy.)

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, vétérinaire à Sainte-Foy (Gironde), chez lequel on ne retrouve pas d'antécédents personnels en dehors des maladies de l'enfance. Il n'a pas non plus d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Il est marié, père de deux enfants, et exerce très activement sa profession.

Le 8 juin 1953, sans raison apparente, il présente un accès fébrile brutal d'allure pseudo-palustre, mais, malgré cela, il n'arrête pas son travail.

Les jours suivants (du 8 au 17 juin), il présente cinq grands accès analogues au premier, avec chaque fois les mêmes symptômes; au cours de ces accès, la température s'élève à 40°6.

Dans l'intervalle des accès, le malade ne relève pas sa température, mais celle-ci n'est certainement pas très élevée, car il continue à vaquer à ses occupations. Mais, à partir du 17 juin, des modifications surviennent : les accès se répètent, toujours brutaux et irréguliers, mais, dans l'intervalle, la température se maintient aux environs de 38°-38°5.

Parallèlement, des troubles généraux s'installent : la langue est saburrale, l'anorexie marquée; le malade se plaint de douleurs abdominales; ses selles sont diarrhéiques. Les urines sont rares et très foncées; elles renferment de l'albumine (0,50); dans le culot de centrifugation, on met en évidence des cylindres et des hématies. En outre, le malade se plaint de douleurs ostéo-articulaires, de céphalée, d'insomnie. Il est pâle, transpire abondamment et se trouve dans un état d'asthénie très marquée.

Le 22 juin, il ressent une douleur précordiale vive, en rapport avec une tuméfaction qui apparaît dans la région du grand pectoral gauche, sur la face antéro-externe. A ce niveau, surviennent alors des modifications de la peau qui devient rouge et chaude; la palpation de cette tuméfaction est très pénible; les douleurs, très vives, gênent les mouvements du bras gauche.

L'examen pratiqué à cette date montre un malade prostré qui donne une impression défavorable. L'abdomen est ballonné; on trouve des gargouillements au niveau de la fosse iliaque droite; le foie est augmenté de volume; la rate est percutable. Les poumons sont le siège d'une congestion passive, occupant les deux bases sur un travers de main. On sent deux gros ganglions dans le creux axilaire *droit*. Les urines sont toujours rares, l'albuminurie persiste. Le système nerveux et l'appareil locomoteur (os, articulations) ne présentent rien de particulier.

La région du grand pectoral gauche qui attire notre attention est le siège d'une infiltration dure, très douloureuse, non fluctuante; à son niveau, la peau rougeâtre revêt un aspect *pseudo-érysipélateux;* cependant, aucun bourrelet ne limite la zone infiltrée.

Examens complémentaires : La formule sanguine donne :

2.500.000 hématies et 19.000 leucocytes, avec 85 % de polynucléaires neutrophiles.

Devant un tel tableau général, on pense à un état septicémique et la localisation musculaire oriente vers le staphylocoque.

On reprend alors l'interrogatoire du malade avec soin, dans le but de rechercher un antécédent cutané (petite plaie, panaris...) et on apprend qu'effectivement le sujet a eu un furoncle au niveau de la face interne du bras *droit;* ce furoncle s'est mal collecté et a mis longtemps à guérir. Il a fait des pansements humides, a souffert de l'aisselle *droite,* là où l'examen a fait découvrir deux ganglions gros et durs, mais actuellement indolores. Une hémoculture pratiquée en aérobiose et en anaérobiose est positive à partir du troisième jour et met en évidence un staphylocoque doré.

D'autre part, la présence du staphylocoque est également décelée dans les urines.

Le traitement consiste en perfusions d'auréomycine à raison d'un gramme par jour dans 500 cc. de sérum glucosé et en injections de quatre millions d'unités de pénicilline par vingt-quatre heures.

Sous l'effet de cette thérapeutique, l'état général se relève, la température se stabilise lentement. Localement, la rougeur s'atténue, et la dureté du placard disparaît peu à peu.

La guérison est complète après dix perfusions d'auréomycine et l'injection de 40 millions d'unités de pénicilline. La convalescence est rapide.

En résumé, il s'agit d'un malade chez lequel, à la suite d'un furoncle de la face interne du bras droit, s'est développée une septicémie à staphylocoques, qui s'est caractérisée par l'apparition d'une *myosite* du grand pectoral gauche.

On peut penser que l'état septicémique a débuté vers le 17 juin, les accès fébriles antérieurs correspondant très probablement à des décharges microbiennes qui se sont produites au cours du stade bactériémique transitoire qui a précédé l'installation de la septicémie proprement dite. Rappelons à ce sujet, combien il est difficile de délimiter la durée évolutive exacte d'une septicémie, eu égard à l'incertitude du

moment où, le stade bactériémique étant franchi, commence la dissémination infectieuse (Gastinel et Reilly).

On peut donc considérer que l'atteinte du grand pectoral et l'apparition du placard pseudo-érysipélateux se sont produits *dès le cinquième jour* de l'état septicémique.

La gravité du pronostic s'est effacée sous l'effet du traitement massif par les antibiotiques.

*
* *

Nous venons de voir un certain nombre de cas de septicémies qui se sont caractérisés par l'apparition précoce de manifestations cutanées dans le cours de leur évolution. Ces cas ne sont pas rares, nous en avons trouvé beaucoup d'autres dans la littérature, mais nous n'avons signalé que les plus démonstratifs. Nous avons vu que dans certains cas, les signes cutanés se sont manifestés *dès le début de l'état septicémique* et que ce sont eux qui, souvent, ont orienté vers le diagnostic clinique et étiologique de l'affection. Ces signes cutanés présentent donc une valeur certaine.

CONCLUSIONS

1° La plupart des septicémies comportent des manifestations cutanées au cours de leur évolution.

2° Ces manifestations cutanées peuvent contribuer dans un certain nombre de cas à établir le diagnostic clinique de septicémie.

3° Lorsque l'on a déjà la notion d'un état septicémique, le seul aspect des lésions cutanées qui l'accompagnent permet très souvent de présumer de la nature du germe en cause.

Rappelons à titre d'exemple :

— Le placard érysipélatoïde, l'exanthème vésico-pustuleux des septicémies à staphylocoques.
— Les plaques pseudo-érysipélateuses, rouge sombre, à contours polycycliques de la septicémie à streptocoques.
— Le purpura extrêmement fréquent dans les septicémies à méningocoques.
— Les myosites, surtout à staphylocoques, mais aussi à streptocoques.
— L'herpès très souvent rencontré dans les méningococcémies et les infections à pneumocoques.

4° Les manifestations cutanées qui surviennent au cours de l'évolution des septicémies peuvent, dans certains cas, apparaître très précocement, *dans les premiers jours* ou

même *dès les premières heures* de la maladie (compte tenu de la difficulté de fixer l'instant précis où débute l'état septicémique).

Dans ces cas, elles présentent alors un intérêt évident au point de vue diagnostique, intérêt qui peut encore être accru si les lésions ont des caractères suffisamment révélateurs de la nature du germe responsable.

5° Il convient cependant de dire que ces manifestations cutanées sont insuffisantes à elles seules pour affirmer un diagnostic de septicémie. Elles ne sont qu'un élément important qui vient concourir, avec les autres symptômes cliniques, à l'établissement de ce diagnostic. Il ne faut pas non plus négliger l'hémoculture qui est le meilleur critère, bien que l'on soit souvent en droit de parler de septicémie même avec une hémoculture négative.

6° Remarquons enfin, que dans la plupart des observations anciennes que nous avons citées, la mort est survenue dans un délai très court après l'apparition des manifestations cutanées. Celles-ci avaient en effet, pour les auteurs classiques, une valeur pronostique fâcheuse qui paraît devoir s'effacer actuellement en grande partie, devant la multiplicité de nos moyens de lutte contre l'infection et en particulier des antibiotiques chaque jour plus nombreux et plus actifs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Vu :

Pour le Doyen : Le Président du Jury :

L'Assesseur : R. SIGALAS. M. CREYX.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 octobre 1954,

Le Recteur,

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :

A. GARRIGOU-LAGRANGE.

BIBLIOGRAPHIE

Abrami P. & Worms R., Sur une forme particulière de septicémie à streptocoques : la myosite suraiguë streptococcémique. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 21 mars 1930, 487-494.

Achard Ch., Septicémie staphylococcique. *Clinique médicale de l'Hôpital Beaujon, Paris,* 1923, Masson Ed. 21-30.

Arloing F., Dufourt A, & Langeron L., Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques. *Congrès Fr. de Méd., Paris,* 1927, XIX[e] Session.

Aubertin Ch. & Fleury J., Plaques érysipélatoïdes au cours d'une septicémie streptococcique. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 21 mars 1930, 468-470.

Auvert (M[lle]), Cellulite septique diffuse à forme érysipélatoïde d'origine staphylococcique. Thèse Bordeaux, 1931-1932, n° 135.

Babaud André, Contribution à l'étude des complications pulmonaires des staphylococcies et de leur traitement par la pénicilline. Thèse Bordeaux, 1945-1946.

Baillat Ch., Contribution à l'étude des formes cliniques des septico-pyohémies à staphylocoques. Thèse Lyon, 1933-1934.

Bariéty & Brocard, Les sêpticémies à staphylocoques. Baillière, Ed., Paris 1945.

Bernard E. & Desbucquoy, Placards noueux et érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 4 avril 1930, 580-582.

Cathala J., Mégnien & Strée., Myosite suraiguë staphylococcémique. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 10 juillet 1931, n° 25, 1.414-1.417.

Caussade G., Médioni A. & Coupeau P., Deux cas de septicémie suraiguë mortelle à streptocoques hémolytiques et malgré leur courte durée (6 jours), avec des complications cutanées et des arthrites purulentes; confusion mentale avec délire euphorique. Considérations sur le traitement par la trypaflavine et les causes de gravité des septicémies en général. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 13 février 1931, 268-277.

COMBEMALE F. & BRETON A., Placards érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie avec phlébite de l'axillaire gauche. Guérison. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 20 juin 1930, **54**, 1.127-1.130.

CREYX M., Pemphigus aigu, manifestation terminale d'une septicémie à streptocoques démontrée par l'hémoculture. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 18 janvier 1929, 106-108.

CREYX M., LENG-LÉVY J., DAVID-CHAUSSÉ J., SERRES A., & LABORIE G., A propos des cellulo-dermites aiguës. *Journal de Méd. de Bordeaux et du S.-O.,* 17, 659-663, juillet 1954.

DESROSIERS L.-C., Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques (avec 7 observations personnelles). Thèse Paris, 1935.

DONZELOT, BARDIN, SÉNÉCAL & L. DURUPT, Septicémie à staphylocoque guérie par la pénicilline. *Bull et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris,* 2 février 1945, 47-48.

DOPTER Ch., Septicémie méningococcique. *In* Nouveau Traité de Médecine. Masson Ed., Paris, 1920, **1**, 339-343.

DUBOUCHER H. & DUBOUCHER G., Les staphylococcies graves de la face (cellulite de la face). *Gazette des Hôpitaux,* 26 août et 2 septembre 1939. **112**, 1.133-1.138 et 1.165-1.170.

GALLOIS P., Un cas de septicémie staphylococcique à forme érysipélatoïde. *Rev. Méd. Franche-Comté,* 15 janvier 1930, **33**, 22-26.

GASTINEL P. & REILLY J., Séméiologie générale de l'état septicémique. Congrès français de Médecine, XIX^e^ session, Paris 1927.

DE GENNES L., BOULIN R. & THOMAS M., Septicémie pneumococcique chez un malade atteint de néphrite chronique. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 12 juillet 1929, 1.079-1.083.

DE GENNES L. & DREYFUS-SÉE (M^lle^)., Erythème polymorphe avec streptococcémie. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 12 juillet 1929, 1.083-1.086.

GEORGE P., Septicémie staphylococcique à forme érysipélatoïde. *Presse Médicale,* 10 août 1929, n° 64, 1.047-1.048.

GEORGE P. & GIROIRE H., A propos de faits nouveaux de staphylococcémies. Etude clinique et anatomo-pathologique. *Presse Médicale,* 15 mai 1926, 611-615, n° 39.

GERNEZ Ch., Septicémies à entérocoques. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.,* 1, 8.011, 8, 1935.

— Septicémies à pneumobacilles de Friedlander. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.,* 1, 8.025, 8, 1935.

GERNEZ-RIEUX Ch., Septicémies à colibacilles. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.*, 1, 8.024 A., 7, 1952.

GIROIRE H., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des septicémies staphylococciques malignes. Thèse Paris, 1926.

GRENET H., Conférences cliniques de médecine infantile. La néphrose lipoïdique chez les enfants. Sixième Série, Vigot Frères, Ed., Paris, 1947, 38-62.

HUARD P. & MEYER-MAY J., Les myosites coloniales à staphylocoques. *Mém. Acad. Chir.*, 29 avril 1936, **62**, 635-638.

LAVERGNE (V. de), Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus. *In* Cong. français de Médecine, XIX[e] session, Paris, 1927.

— Septicémies à méningocoques. *In Encycl. Méd. Chir.*, 1, 8.015, 12, 1947.

— Septicémies et bactériémies à bactéries anaérobies strictes. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.*, 1, 8.031 A, 7, 1953.

LE COULANT P., Manifestations pustuleuses métastatiques des staphylococcémies. *In Encycl. Méd. Chir. Dermatologie*, 1, 12.079 C., 11, 1950.

— Staphylococcémies. *In Encycl. Méd. Chir. Dermatologie*, 1, 12.033 O. 3, 12, 1948.

LEMIERRE A., Les localisations pulmonaires et pleurales au cours des septicémies streptococciques. Maladies infectieuses, 1, XX, 328-347. Masson, éd., Paris, 1935.

— Les septicémies à staphylocoques. *In* Questions cliniques d'actualité. Masson, éd., Paris, 1929, 114-129.

— Les septicémies à staphylocoques. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 1927, **98**, 381-395.

— Les staphylococcémies. *In* Traité des Maladies infectieuses. Masson, éd., Paris, 1935, 1, XVIII, 287-309.

— Les staphylococcies malignes de la face. *In* Traité des Maladies infectieuses, Masson, éd., Paris, 1935, 1, XVII, 276-286.

— Sur deux cas de septicémie primitive à bacille de Pfeiffer. *In* Traité des Maladies infectieuses, Masson, éd., Paris, 1937, 1-21.

— Sur un cas de septicémie post-abortum à bacillus perfringens. *In* Traité des Maladies infectieuses, III, Masson, éd., Paris, 1937, 36-52.

— Sur un cas de septico-pyohémie à bacillus funduliformis. *In* Traité des Maladies infectieuses, 1, XXII, 366-385, Masson, éd., Paris, 1935.

LEMIÈRRE A. & DESCHAMP P.-N., Les septicémies streptococciques. *Journal Médical français*, avril 1925, **14**, 122-141.

LENORMANT Ch., Les myosites staphylococciques. *J. Int. Chir.*, 1937, **2**, 1-30.

LERICHE R., Quelques mots sur l'orientation des recherches futures au sujet des septicémies staphylococciques. Nécessité de l'étude du terrain. *Gazette des Hôpitaux*, 3 décembre 1938, 1.545-1.549.

— Sur le terrain dans les septicémies staphylococciques. XLVII[e] Congrès Fr. de Chir., 1938, 558-565.

LÉVY J., Infections mixtes, infections secondaires et associations microbiennes dans les maladies typho-paraphyphiques. Imprimerie Moderne A. Destout Aîné, 1936, 68-73.

MACAIGNE M., Staphylococcémie. *In Nouveau Traité de Médecine*, Masson Ed., Paris, 1920, **1**, 262-278.

MASIUS & BÉCO, Contribution à l'étude clinique des formes septicémiques de la staphylococcie. *Rev. de Médecine*, **17**, 523-536.

MAURICE G., Des manifestations staphylococciques dans la région libournaise. Thèse Bordeaux, 49-50, n° 47.

MOLLARD J. & PETITJEAN G., Un cas de staphylococcie à localisations multiples (viscérales, osseuses, articulaires, sous-cutanées), terminé par la guérison. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 19 février 1907. *In Lyon Médical*, **108**, 647-649.

PATEL J. & MOIROUD P., Formes cliniques et traitement des septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical. 47[e] Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1938, séance du 19 octobre, p. 371.

PAYENNEVILLE Henri, Gonococcémie. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.* 1, 8.016 A. janvier 1954.

PERGOLA J., Myosites infectieuses aiguës et chroniques. Abcès des muscles. Thèse Paris, 1935.

PILOD M. & COUMEL H., Fièvre typhoïde. *In Encycl. Méd. Chir. Mal. Infectieuses*, 1, 8.019 B, janvier 1953.

RATHERY F., DÉROT M. & CONTÉ M., Septicémie staphylococcique à forme de gangrène cutanée diffuse des extrémités. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 mars 1935, n° 9, 436-440.

RATHERY F. & RUDOLF M., Un cas de staphylococcie à type érysipélatoïde. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 juillet 1928, **52**, 1.369-1.372.

RAVAULT P.-P., GIRARD M. & VIALLIER J., Quelques réflexions sur deux cas de septicémies à staphylocoques blancs. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 29 octobre 1940, *In Lyon Méd.* 1940, **164**, 497-508.

Renard G., La forme érysipélatoïde de la staphylococcémie maligne. *Arch. Ophtalm.*, septembre 1929, **46**, 544-550.

Roy A., Abcès métastatique des muscles. Thèse Paris, 1940.

Sacquépée, Ictère grave streptococcique. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 5 février 1909, 164-171.

Sacquépée E., Les septicémies. *In Nouveau Traité de Médecine*, Masson Ed., Paris, 1920, 1, 99-109.

Sédaillian P., Sreptococcémies. *Encycl. Méd. Chir. Mal. Infect.* 1, 3, 1950. 8.010 A.

Sohier R., Staphylococcémies. *Encycl. Méd. Chirurg.* Tome 1, *Mal. Infect.* 1, 8.007 A. Décembre 1948.

Thiodet M., Staphylococcémies subaiguës avec purpura. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 14 janvier 1938, n° 2, 52-56.

Traissac F.-J., Quelques aspects nouveaux des infections à staphylocoques et leur traitement. *Journ. de Médecine de Bordeaux et du S.-O.*, 1952, 955-964.

Troisier J., Bariéty M. & Brocard H., L'érysipélatoïde staphylococcique curable. *Presse Médicale*, 16 mai 1936, n° 40, 801-803.

Troisier J., Boquien & Guilly, Placard érysipélatoïde au cours d'une septicémie streptococcique. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 avril 1930, 582-585.

Weil M.-P. & Azoulay R., Purpura aigu staphylococcique. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 février 1924, **48**, 258-262.

Weissenbach R.-J. & Le Baron R., Dermatoses par cocci au cours d'infections générales. *In Encycl. Méd. Chir. Dermato.* 1, 12.032, octobre 1936.

Worms R., Formes cliniques des septicémies staphylococciques. *Pratique Méd. Franç.*, juin 1935, **16**, 332-337.